

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 287

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 *juillet* 1872

PAR LÉOPOLD CAUDESAIGUES,

Né à Puylaroque (Tarn-et-Garonne).

DE LA

MALADIE DE BASEDOW

OU

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1872

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen. M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	N. . .
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DAREMBERG.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD. Chargé de cours.
Clinique médicale	BOUILLAUD. G. SÉE. LASEGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DAMASCHINO.	MM. GUENIOT.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DUBRUEIL.	GUYON.	PAUL.
BLACHEZ.	DUPLAY.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BOCQUILLON.	GARIEL.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LÉCORCHÉ.	POLAILLON.
BROUARDEL.	GRIMAUX.	LEDENTU.	PROUST.
CRUVEILHIER.			TILLAUX

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.*
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N.* . . .
— d'ophthalmologie	TRELAT.
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. AXENFELD, *Président;* BECLARD, OLLIVIER, SÉE.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour et de reconnaissance.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A LEURS ENFANTS

A MON FRÈRE

AUX MIENS

A M. AXENFELD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

A TOUS MES MAITRES A LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX

DE

LA MALADIE DE BASEDOW

OU

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

« Celui qui met au jour ses pensées pour faire »
« briller ses talents, doit s'attendre à la sévérité »
« des critiques; mais celui qui n'écrit que pour »
« satisfaire à un devoir, a droit à l'indulgence de »
« ses juges et de ses lecteurs. » (*La Bruyère*)

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer dans nos études quatre malades atteints de goître exophthalmique; dernièrement encore, le hasard en a placé un sous nos yeux; nous l'avons suivi, le suivons attentivement, et c'est le résultat de nos observations que nous consignons dans cette thèse. Les deux premiers malades ont été observés : l'un à Montpellier en 1865, l'autre à Paris en 1866 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Moissenet; nous n'avons pas leurs observations et n'avons pas pu nous les procurer. A cette époque, nous étions jeune étudiant, et nous regrettons vivement d'avoir négligé d'écrire la relation de la maladie. Depuis cette époque, au mois de janvier de cette année, deux malades sont entrés à la Charité, dans le service de M. le professeur G. Sée. On trouvera plus loin leurs observations.

Dans l'étude que nous nous proposons de faire, nous adopterons l'ordre classique ; nous commencerons par donner de la maladie la définition que nous croirons la meilleure ; puis nous parlerons successivement de l'historique, de la symptomatologie, de la marche, de la durée, des terminaisons, du pronostic, du diagnostic différentiel, de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la genèse, du traitement ; nous rapporterons les observations que nous avons recueillies, et enfin nous parlerons de la nature de la maladie.

Nous n'avons la prétention de rien dire ici de nouveau, trop heureux si nous parvenons à faire voir la maladie sous son véritable aspect. Nous avons consulté la clinique de Graves, le mémoire de M. Charcot, adressé à la Société de biologie, l'admirable clinique du professeur Trousseau, le mémoire de MM. Fournier et Ollivier inséré dans l'*Union médicale* de 1868, la thèse de M. Huart en 1861, enfin la pathologie de Grisolle, de M. Jaccoud, de Requin (névroses).

DÉFINITION.

La maladie de Basedow est une maladie caractérisée par cette remarquable triade symptomatique : troubles des fonctions circulatoires, augmentation de volume du corps thyroïde ou goître, saillie des globes oculaires ou exophthalmie.

Elle a été différemment appelée goître exophthalmique, cachexie exophthalmique, névrose thyro-exophthalmique (Corlieu), maladie de Graves (Trousseau). Nous lui préférerons le nom de maladie de Basedow, parce que ce nom ne préjuge rien et que les autres tendent à consacrer une erreur soit de nature, soit d'origine, ou ne donnent qu'une idée incomplète de l'état pathologique.

HISTORIQUE.

Il y a quelques années à peine, la maladie de Basedow était com-

plétement inconnue; ses symptômes, troubles cardiaques, goître, exophthalmie, n'avaient pas échappé aux observations; mais l'esprit de synthèse ne s'était pas élevé jusqu'à les considérer comme les manifestations d'une seule entité morbide. Si plusieurs cas avaient déjà été signalés en Angleterre par Parry, Middlemore, Bruck, ces auteurs n'en avaient pas donné une description satisfaisante.

Stokes affirme que, dès 1835, Graves avait attiré l'attention de ses auditeurs sur cette bizarre affection. Malheureusement pour le célèbre professeur de Dublin, il n'écrivit qu'en 1843 (1) le résultat de ses recherches. Il fut devancé dans cette voie par un Allemand du nom de Basedow (2), que l'on considère comme le véritable inventeur de cette maladie. C'est lui en effet qui la constitua en quelque sorte. Il démontra la relation qu'avaient entre eux les symptômes principaux et ne confondit pas cette affection avec l'exophthalmie. C'est ce qu'avaient fait avant lui des auteurs comme Saint-Yves, Demours et autres, qui avaient peut-être vu des cas analogues à ceux que nous observons, mais les avaient invariablement considérés comme appartenant à l'hydrophthalmie ou à l'exophthalmie de cause organique.

Depuis la communication de Basedow, les faits se multiplièrent. En Angleterre, Begbie, Taylor, Syme; en Allemagne, Henock, Heusinger, Hœben en signalèrent chacun un ou plusieurs.

Les médecins français eurent le tort de ne pas se tenir au courant de cette découverte; c'est à peine si, jusqu'en 1856, on trouve deux observations de MM. Sichel (3) et Desmarre (4). A cette époque, M. Charcot communiqua à la Société de biologie une curieuse observation de goître exophthalmique et éveilla ainsi l'attention sur

(1) Leçons de clinique médicale de Graves. Paris, 1862.

(2) Casper's Wochenschrifft, 28 mars 1840.

(3) Bulletin général de thérapeutique. 1846.

(4) Gaz. des hôpitaux. 1853.

cette maladie, qui, jusqu'alors, était complétement inconnue en France.

A dater de ce moment, quelques travaux spéciaux furent publiés. Citons parmi eux ceux de MM. Fischer (1), Demarquay (2), Huart (3) et les savantes leçons cliniques de Trousseau à l'Hôtel-Dieu (4).

SYMPTOMES.

Le début de l'affection n'est pas toujours le même : la saillie des yeux chez les uns, l'hypertrophie thyroïdienne chez les autres, les troubles circulatoires chez le plus grand nombre, fixent d'abord l'attention. Chez les cinq malades que nous avons vus, les palpitations ont marqué le début, où existaient déjà depuis longtemps avant l'apparition des autres symptômes. Après les palpitations, le corps thyroïde se développe, puis l'exophthalmie se produit, et les yeux sortant de l'orbite donnent à la physionomie un aspect étrange.

C'est ce dernier phénomène surtout qui fait apercevoir de la maladie jusque là méconnue. Il arrive souvent que les malades ne s'en aperçoivent pas eux-mêmes et ont besoin qu'on les en avertisse; la femme de l'observation n° 3 en est un exemple. Il est impossible, en effet, que l'esprit le moins observateur ne soit pas frappé à l'aspect d'un pareil spectacle. Les deux yeux, qui sont toujours simultanément atteints, sortent de l'orbite; on croirait qu'ils sont beaucoup plus gros qu'à l'état normal, et, cependant, il n'en est rien; quelquefois ils sortent tellement que l'on a observé de véritables luxations et qu'il a fallu presser avec force pour les faire rentrer dans l'orbite. D'autres fois, au contraire, ils sortent à peine. Le regard paraît d'autant plus sau-

---

(1) Arch. gén. de méd. 1859.

(2) Traité des maladies de l'orbite.

(3) Thèse inaugurale de Paris, 1861.

(4) Clinique de l'Hôtel-Dieu. Trousseau.

vage que l'exophthalmie est plus prononcée. Les paupières recouvrent à peine l'organe pendant le sommeil et passent presque en arrière à l'état de veille. Je me rappelle que chez une femme que j'ai vue chez M. Moissenet, à l'Hôtel-Dieu, on apercevait les muscles droits sur la sclérotique à travers la conjonctive. On pourrait croire que, dans un état pareil, les fonctions visuelles sont détruites; il n'en est pourtant pas ainsi dans la plupart des cas. La cornée est très-brillante; ce n'est que dans les cas très-graves, lorsque l'exophthalmie est telle que la cornée ne peut jamais être recouverte par les paupières, qu'on observe une kératite atonique analogue à celle qui se produit dans la paralysie du trijumeau. Les milieux de l'œil sont intacts; l'ophthalmoscope permet à peine de constater une légère vascularisation anormale. de la rétine. L'œil conserve sa mobilité normale et sa facilité d'accommodation. Trousseau cite, dans sa clinique, une jeune fille qui suivait avec la vue les objets si près d'elle, que, quand ces objets arrivaient à son nez, elle les regardait encore, ses yeux se mettant dans la position du strabisme convergent. Quelquefois, cependant, il y a des troubles assez sérieux dans la vue; quelques-uns deviennent presbytes ou myopes; les uns voient des mouches volantes, les autres ont un peu d'amblyopie; ceux-ci ont dans l'œil des battements très-incommodes, ceux-là ne peuvent supporter la moindre pression sur le globe oculaire. Nous n'avons pu trouver dans aucun ouvrage un exemple de cécité consécutive à la maladie de Basedow.

L'augmentation de volume de la glande thyroïde est une des branches de la triade symptomatique, mais elle peut manquer quelquefois. Elle apparaît généralement avant l'exophthalmie, sans que l'on puisse formuler une loi à cet égard; on observe même assez souvent l'ordre inverse, et cela s'observe d'autant mieux que, comme nous venons de le dire, l'affection goîtreuse manque quelquefois. Le plus ordinairement elle existe, mais pas toujours des deux côtés. Tantôt c'est le lobe gauche, tantôt c'est le lobe droit, tantôt les deux qui

sont atteints. L'hypertrophie n'est pas très-grande et elle varie du volume d'un œuf de pigeon à celui du poing; elle forme une tumeur indolore, irrégulière dans la forme, sans changement de couleur de la peau, assez molle au toucher, et qui est le siége de deux espèces de pulsations différentes. L'une de ces pulsations est formée par la diastole des carotides qui reçoivent la colonne sanguine, se dilatent, et chassent par conséquent; en avant le corps thyroïde appuyé sur elles. Ce mouvement de propulsion en avant de la tumeur est parfaitement visible à l'œil. Il y a une autre espèce d'expansion qui se passe dans la tumeur, et qui est produite par l'afflux du sang dans les artères et les veines thyroïdiennes; aussi peut-on percevoir avec la main une sorte de frémissement et avec le stéthoscope un bruit de souffle. Outre ces mouvements dus à la circulation intra ou extra-thyroïdienne, on peut voir la tumeur suivre les mouvements d'ascension ou de descente du larynx. Nous avons dit qu'elle n'était pas très-grosse; il en est ainsi à l'état normal; mais, dans les paroxysmes que nous décrirons plus tard, elle peut augmenter et augmente souvent de volume; alors elle exerce une compression fâcheuse sur les organes du voisinage; la compression des vaisseaux peut produire des troubles cérébraux; la compression de l'œsophage et de la trachée, produit la dysphagie et la suffocation, et si la cause de cette compression ne disparaît pas, il peut y avoir, comme on l'a vu, une asphyxie lente.

Les troubles cardiaques qui, comme nous l'avons dit, ouvrent le plus souvent la marche, peuvent passer longtemps inaperçus. Ils consistent en palpitations plus ou moins énergiques et douloureuses, occasionnant de la dyspnée, de la tendance aux lipothymies. On peut voir la pointe du cœur venir frapper un peu à gauche et au-dessous du mamelon; si on applique la main dessus, on sent, à chaque impulsion, un choc plus violent que d'habitude. Les mouvements sont tumultueux, augmentés de fréquence. Le cœur est fou, pour ainsi dire, chez certains malades et bat 100, 120, 140 et même

160 fois par minute, au lieu de 70 à 80. Si l'on percute, on trouve le volume du muscle cardiaque augmenté; on peut trouver ainsi 12 centimètres verticalement et 11 transversalement. Enfin, si on applique son oreille dans la région précordiale, on entend quelquefois un bruit de souffle doux à la base, se prolongeant vers les vaisseaux. Ce bruit n'est pas constant, et tient plutôt à une anémie plus ou moins avancée qu'à une lésion valvulaire. Nous verrons, en effet, à l'anatomie pathologique, que jamais peut-être on n'a trouvé une altération des valvules, manifestement amenée par la maladie de Basedow; toutes les fois qu'on a trouvé quelque chose de morbide dans le cœur, cela tenait à une maladie antérieure, et, entre autres, au rhumatisme.

Ce ne sont pas là les seuls symptômes morbides qu'on observe du côté de l'appareil circulatoire, les vaisseaux eux aussi sont atteints. Si on applique les doigts sur les parties latérales du cou, sur les carotides, on ne tarde pas à s'apercevoir que ces artères sont le siége de battements exagérés que l'on peut, du reste, voir à l'œil nu. On perçoit une sorte de frémissement. L'auscultation du triangle sus-claviculaire fait entendre un bruit de souffle et parfois un véritable bruit de diable. L'auscultation de l'aorte fait aussi quelquefois entendre un bruit de souffle.

Le pouls radial contraste avec le pouls carotidien ; au lieu d'être plein, il est petit et dépressif. Inutile de dire que sa fréquence est extrême comme celle des battements du cœur. Les capillaires ne sont pas ménagés par la maladie ; si on passe légèrement l'ongle sur la peau, on obtient une large traînée rouge qui ne disparaît que lentement; c'est le même phénomène que celui qu'on observe dans la méningiteet qui est appelétache cérébrale. Trousseau a surtout insisté sur ce symptôme dans sa clinique. Il fait remarquer, et cela avec raison, que c'est un signe de l'asthénie des vaso-moteurs.

Voilà les trois ordres principaux de symptômes que l'on observe dans la maladie de Basedow ; mais à côté de ceux-là viennent s'en ranger d'autres qu'il ne faut pas négliger.

Dès le début de la maladie les malades, deviennent plus ou moins agacés; la moindre chose les irrite; leur caractère change tellement qu'ils deviennent méconnaissables. Trousseau rapporte qu'il a soigné dans sa clientèle, plusieurs personnes ordinairement très-douces, dont le commerce était devenu impossible.

Le tube digestif est aussi atteint; l'appétit se perd; il survient parfois des gastralgies très-rebelles. D'autres fois, au contraire, l'appétit est augmenté, il survient une faim insatiable, comme chez la femme de l'observation 3; on cite des exemples de pica, de boulimie.

Ces derniers faits sont rares, mais n'en prouvent pas moins une altération profonde de l'innervation digestive dans cette maladie.

Le repos est impossible chez certains sujets, tandis que chez d'autres le sommeil est très-paisible. Ils finissent tous par arriver à un degré de surexcitabilité telle, qu'ils sont constamment agités dans certaines positions. Couchés, ils ne tremblent pas, mais s'ils veulent essayer de tenir les mains immobiles dans la position horizontale, ils ne peuvent y réussir; on observe alors un mouvement d'oscillation, de va-et-vient continuel, qui augmente d'autant plus, qu'ils font plus d'efforts pour se tenir immobiles. Les jambes les portent très-faiblement, sans tremblement aucun quand ils marchent, mais avec tremblement aussitôt qu'on veut obtenir l'immobilité dans la position debout.

La respiration est courte, haletante, elle s'accélère pour la moindre des causes; tout exercice un peu violent est impossible; l'ascension surtout est une grande cause d'essoufflement; aussi à cause de ces troubles respiratoires, de la pression exercée sur le larynx par le goître, la parole est-elle le plus souvent altérée dans son timbre, brusque, saccadée, précipitée.

Tous ces derniers symptômes sont d'autant plus exagérés que la maladie est plus ancienne, le goître plus développé, les palpitations plus fortes, la guérison moins prochaine.

Les règles sont le plus souvent supprimées dès le début de la ma-

ladie, rarement elles persistent sans trouble aucun. Elles sont communément remplacées par une leucorrhée plus ou moins abondante, qui dépend, du reste, de l'état plus ou moins anémique du sujet.

La température est augmentée dans des proportions assez notables ; le thermomètre placé dans l'aisselle marque 37 à 38 degrés au lieu de 36, température normale. Les malades sentent très-bien cette chaleur, et beaucoup d'entre eux s'en plaignent tellement qu'ils ne peuvent supporter le poids de leurs couvertures.

On observe quelquefois des maux de tête violents. L'état de la langue est subordonné à celui du tube digestif. Tous les symptômes que nous venons d'énumérer, ne viennent pas tout à coup, mais sont la conséquence de la maladie au fur et à mesure qu'elle se développe. Nous avons déjà dit dans quel ordre venaient les trois principaux; nous devons ajouter que quelquefois le goître et l'exophthalmie se montrent tout à coup. Il suffit de deux heures pour qu'ils soient développés.

On comprend que sous l'influence de causes si nombreuses, il survienne communément un amaigrissement notable, un dépérissement toujours en rapport avec la gravité de la maladie.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La maladie de Basedow, dont le début est souvent obscur, lent, insidieux, est essentiellement paroxystique. Nous avons déjà dit qu'un voisin faisait souvent apercevoir de la maladie. Il faut donc qu'il n'y ait pas beaucoup de douleur. C'est plutôt un sentiment de gêne qu'on éprouve. Cette gêne est parfaitement supportable, et si rien ne venait compliquer cet état, il n'y aurait rien à craindre pour la vie du malade. Mais de temps en temps surviennent des paroxysmes pouvant mettre ses jours en péril.

Tout à coup, à la suite d'une émotion vive, ou d'une autre cause, les battements de cœur s'accélèrent, les yeux sortent davantage de leur orbite et sont le siége de battements très-incommodes, la con-

jonctive se congestionne, la glande tyroïde augmente encore ; le malade étouffe, il suffoque, une dyspnée atroce s'empare de lui ; il se dresse sur son séant comme les asthmatiques pour appeler l'air, et quelquefois l'accès est tellement fort ou long, qu'il faut intervenir immédiatement pour éviter une mort certaine, soit par suffocation, soit par asphyxie lente.

Ces paroxysmes ont une durée variable ; le plus communément, ils durent deux ou trois jours. Ils reviennent à des intervalles irréguliers, tantôt tous les huit jours, tantôt tous les mois ou même tous les six mois ; la vie du malade influe beaucoup sur leur retour, et l'on doit comprendre que si l'existence est calme, paisible, si en un mot, toutes les causes de l'accès sont évitées, celui-ci ne vient que rarement.

Ces paroxysmes se jugent souvent par des épistaxis, une hémorrhagie interne, ou le retour des règles supprimées.

Une fois arrivée à la période d'état, la maladie reste stationnaire pendant un temps qui peut varier de six mois à dix ans et même plus. Si elle doit guérir, on voit tous les symptômes s'amender ; les paroxysmes deviennent de plus en plus éloignés, puis disparaissent tout à fait ; les battements cardiaques diminuent d'intensité ; le globe oculaire rentre peu à peu dans l'orbite ; la tumeur thyroïdienne durcit en se rappetissant ; enfin tout disparaît et rentre dans l'état normal. Il ne faut pas cependant trop se réjouir et prendre pour la guérison, ce qui n'est quelquefois qu'une amélioration passagère, une période de répit. On a trop souvent vu la maladie recommencer pour ne plus disparaître.

La grossesse a manifestement une influence sur le goître exophthalmique : plusieurs femmes, pendant la période de gestation, ont vu leur grossesse du cou disparaître, et reparaître bientôt après, dès que l'utérus s'était débarrassé du produit de la conception. On ne saurait donc trop attendre, dans ces cas-là, avant de croire à la guérison certaine.

Lorsque, au contraire, la maladie doit avoir une issue fatale, les paroxysmes redoublent de fréquence et d'intensité. Il y a de véritables accès de suffocation et des intervalles très-rapprochés; le pouls bat jusqu'à 150, 180 pulsations, et les malades succombent à un accès de suffocation. Ils peuvent aussi tomber dans le marasme, grâce aux progrès de la cachexie, et succomber ainsi d'un véritable épuisement occasionné par la maladie.

Les autres causes de mort sont : une maladie intercurrente, des hémorrhagies intestinales, pulmonaires, méningées, cérébrales (1) une gangrène des extrémités (2).

PRONOSTIC.

La maladie de Basedow est une affection d'une gravité relative; on a calculé, dit Grisolle, que sur les 40 cas connus jusqu'à présent, 10 fois la maladie a eu une issue fatale. Nous sommes forcé de nous en rapporter au témoignage de ce professeur, en lequel nous avons, du reste, une entière confiance; mais nous aurions voulu qu'il nous dise où il a pris ces 40 cas, pour consulter nous-même les observations. Que de fois, en effet, ne voyons-nous pas les praticiens les plus distingués se faire illusion sur les causes de la mort ou de la guérison d'un malade, soit que, enracinés dans le parti-pris d'une opinion, ils interprètent mal les phénomènes déroulés sous leurs yeux, soit que leurs observations soient négligées, et partant incomplètes.

On a souvent trouvé, aux autopsies, des altérations de l'endocarde, et spécialement des valvules; nous en causerons en détail en traitant de l'anatomie pathologique; ces altérations étaient liées à un rhumatisme ancien, dans certains cas, et l'on a même vu surve-

---

(1) Trousseau. Loc. cit.

(2) Fournier et Ollivier. Union médicale. 1868.

nir des gangrènes des extrémités, par suite d'embolies. Peut-on dire, en vérité, que ce ou que ces malades, car s'il y en a un il peut y en avoir plusieurs, aient succombé à la maladie de Basedow, et ne doit-on pas admettre, au contraire, que l'embolie qui a déterminé l'oblitération des vaisseaux dépendait de l'altération organique préexistante, et nullement d'une altération organique survenue sous l'influence de la maladie. Nous voudrions être convaincu que dans les 40 cas de M. Grisolle, il n'y a pas de faits semblables, pour admettre toute la gravité qu'on lui attribue. Ce chiffre de 1 sur 4 est trop fort pour être vrai. Lorsque l'on fait une statistique, il faut qu'elle se base sur des faits nombreux; pour que celle-ci soit bonne, ce n'est pas assez de 40 cas.

Quoi qu'il en soit, la maladie de Basedow est quelquefois mortelle; nous dirons avec MM. Grisolle et Jaccoud : elle est d'autant plus fâcheuse que, alors même qu'elle n'est pas un danger immédiat pour la vie, elle dure plus longtemps. Il faut toujours craindre la terminaison fatale, quand on ne voit pas les symptômes diminuer. Si les paroxysmes deviennent moins intenses ou même moins fréquents, s'ils s'éloignent de plus en plus, on pourra espérer la guérison. Mais, comme nous l'avons dit, il faudra bien se garder d'une sécurité trompeuse, tant qu'il n'y aura pas déjà quelque temps que le malade sera débarrassé de sa maladie.

Nous avons dit que l'apparition des règles supprimées avait souvent précédé la guérison; il en est de même des épistaxis; il faudra donc considérer ces flux hémorrhagiques comme d'un heureux présage.

Nous avons dit aussi l'influence qu'exerce la grossesse; il ne faudra pas l'oublier.

Enfin, quand les accès deviennent de plus en plus rapprochés, que la maigreur arrive au plus haut degré, que le nervosisme ne laisse plus un moment de repos, on doit s'attendre à chaque instant à la terminaison fatale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Lorsque la maladie de Basedow est arrivée à sa période d'état, c'est-à-dire lorsque la triade symptomatique est complète, il est difficile, avec de l'attention, de commettre une méprise. Il suffit, en effet, de porter son attention sur les trois affections pour ne pas faire d'erreur et affirmer son diagnostic.

Nous avons dit que quelquefois le goître et l'exophthalmie peuvent manquer ou n'exister qu'à peine ; même alors, la difficulté n'est pas bien grande, comme nous allons tâcher de le faire voir.

Si le goître existe seul, on pourra songer à un goître endémique ou à celui des femmes enceintes.

Pour le premier, il faudra avoir recours aux conditions étiologiques qui ne sont pas du tout les mêmes dans le goître exophthalmique. Dans le goître endémique, la tumeur est dure, si elle appartient à la variété vésiculaire, ou mieux fibro-aréolaire ; elle est formée par le développement de toutes les parties de la glande et n'est le siége ni de frémissement ni d'expansion ; ce n'est que dans le cas où elle appartient à la variété dite vasculaire qu'on peut croire à un goître exophthalmique. On observe, en effet, dans les deux cas, le bruit de souffle, les deux espèces d'expansions, symptômes qui dépendent de la circulation intra-thyroïdienne, et il faut avoir recours aux phénomènes cardiaques et oculaires pour poser son diagnostic. Hâtons-nous d'ajouter que si l'on persévérait encore dans l'erreur, on ne tarderait pas à être éclairé ; car le traitement iodé que l'on administrerait, loin de guérir, ne ferait qu'exagérer les phénomènes morbides, et viendrait par conséquent mettre sur la voie de la vérité.

Les femmes enceintes sont aussi sujettes au goître ; mais celui-ci est facile à distinguer : tandis qu'il est occasionné par la grossesse, le goître exophthalmique, au contraire, semble guéri ou au moins diminué par l'état de plénitude de l'utérus.

L'exophthalmie existe des deux côtés sans strabisme, et se distingue ainsi de toute autre exophthalmie de cause mécanique, en ce sens que celle-ci n'existe le plus souvent que d'un côté. Dans la maladie de Basedow, les deux yeux sont brillants, parfaitement mobiles. manifestement hors de l'orbite; dans les cas de saillie oculaire par maladie organique du cœur, les yeux sont ternes, paresseux dans leurs mouvements, et à peine saillants.

On ne pourra non plus confondre l'exophthalmie goîtreuse avec l'hydrophthalmie, si l'on se souvient que dans cette dernière affection, l'œil proéminent est augmenté de volume et altéré dans ses fonctions. La cornée, dont le diamètre est augmenté, est plus ou moins désorganisée ; l'iris, fortement dilaté, laisse voir presque à l'œil nu la rétine soulevée par un épanchement; des corps flottants troublent la transparence du corps vitré, la vue est abolie. Rien de tout cela n'existe dans l'exophthalmie, où l'œil est intact, et l'ophthalmoscope ne décèle rien ou presque rien.

Enfin il ne faut jamais oublier de porter son attention sur le cœur et les vaisseaux du cou ; la chaleur et le nervosisme sont aussi d'excellents moyens de diagnostic ; et lorsqu'on aura trouvé ces altérations en même temps que le goître et l'exophthalmie, le doute n'est plus permis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'examen attentif des sujets morts de la maladie qui nous occupe, n'a pas encore donné de résultats satisfaisants, et les altérations que l'on a trouvées ne sont pas assez constantes pour qu'on puisse les admettre comme typiques.

Du côté du cœur, on a trouvé le ventricule gauche hypertrophié, les valvules sigmoïdes rigides ; leurs bords épaissis, inégaux, quelquefois chargés de concrétions fibreuses ; le cœur droit dilaté avec ou sans hypertrophie des parois ; des dépôts athéromateux dans l'aorte et les vaisseaux qui naissent de la crosse aortique ; cette

crosse elle-même dilatée; les artères cérébrales, ophthalmiques et ciliaires elles-mêmes envahies par des dépôts athéromateux. Mais, comme nous l'avons déjà dit, ces altérations sont loin d'être constantes; on les trouve isolément, et dans quelques cas où on les a trouvées, elles tenaient à des maladies antérieures indépendantes du goître exophthalmique. Les lésions les plus communes, et que l'on rencontre même presque toujours dans l'appareil circulatoire, sont: l'hypertrophie du cœur avec ou sans hypertrophie des parois; la dilatation des artères du cou, plus rarement des veines.

Du côté de la glande thyroïde on trouve les artères et les veines thyroïdiennes développées outre mesure. Il y a eu là évidemment une congestion sanguine très-prononcée qui a amené à la longue la dilatation des vaisseaux; dilatation qui n'a jamais pu diminuer, la cause existant toujours, mais qui aurait fini par disparaître si la maladie avait eu une terminaison heureuse. On trouve aussi quelquefois dans le corps thyroïde, une multitude de kystes, ce sont là évidemment des productions qui n'ont aucun rapport avec la maladie qui nous occupe.

L'œil est à peine congestionné, complétement sain du reste. L'orbite présente une vascularité veineuse considérable, et un développement anormal de son tissu cellulo-graisseux. Cette formation de graisse est assez facile à expliquer. A chaque paroxysme, l'œil se congestionne davantage, le tissu cellulaire se trouve donc nourri outre mesure, et si le phénomène se renouvelle souvent, le tissu recevant plus de sang peut donc augmenter de volume. C'est par l'augmentation de ce tissu adipeux que l'on a voulu expliquer l'exophthalmie; on comprend en effet que s'il augmente dans des proportions notables, la cavité orbitaire se trouve rétrécie, et l'œil ne trouvant plus à se loger, doit sortir de l'orbite. Cette explication est plausible dans certains cas, mais on ne peut l'admettre pour tous les malades puisque chez quelques-uns, il y a à peine un peu de tissu cellulaire.

On a aussi trouvé dans d'autres organes d'autres altérations morbides ; dans le rein on a pu voir toutes les phases de la maladie de Bright ; dans l'estomac, les signes évidents d'une hémorrhagie stomacale.

Mais l'altération qui a le plus préoccupé, est celle qui a été trouvée une seule fois chez une malade morte dans le service du professeur Trousseau : nous voulons parler de l'altération du grand sympathique.

La malade dont il s'agit était âgée de 56 ans ; l'autopsie fut faite avec le plus grand soin par les docteurs Peter et Lancereaux, chefs de clinique, et voici sommairement ce qu'ils trouvèrent.

Les ganglions cervicaux supérieurs et moyens étaient normaux, d'aspect et de grosseur ; il n'en était pas de même des inférieurs : ceux-ci, surtout celui du côté droit, étaient plus gros et plus rouges. De nombreux vaisseaux rampaient à leur surface et à leur intérieur. On les examina au miscroscope, et on trouva un abondant feutrage de tissu conjonctif, au milieu des fibres duquel se voyaient des cellules fusiformes. Les cellules ganglionnaires étaient rares, petites ; les tubes nerveux peu nombreux.

On voit donc qu'il s'agissait là d'une prédominance de l'élément conjonctif qui envahissait l'élément nerveux, le comprimait ou se développait à ses dépens. C'était une véritable prolifération du tissu conjonctif, exactement comme pour les cordons postérieurs de la moelle dans l'ataxie locomotrice.

Le plexus cardiaque ne présentait aucune altération apparente.

Comme l'on voit, cette altération du grand sympathique, trouvée chez la malade de Trousseau est on ne peut plus intéressante ; malheureusement il y a tout lieu de croire que c'est une exception. D'autres autopsies faites avec le plus grand soin dans le même sens, n'ont donné aucune espèce de résultat.

MM. Fournier et Ollivier ont eu, eux aussi, l'occasion de faire l'autopsie d'une femme de 58 ans, morte à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-

Antoine, en 1868. On peut trouver un récit détaillé de leurs travaux, à l'observation qu'ils ont insérée dans l'*Union médicale* de 1868. Ils examinèrent le grand sympathique avec le soin le plus minutieux. Pour être encore plus à l'abri de l'erreur, ils s'adjoignirent un micrographe très-distingué, M. Ranvier, et ils arrivèrent à un résultat négatif. Les ganglions ainsi que le tronc nerveux furent trouvés intacts, et dans le rapport qu'ils firent, ils durent déclarer qu'ils n'avaient rien trouvé de ce qu'avait signalé Trousseau.

Le fait n'en est pas moins avéré et pèse d'un grand poids dans l'histoire de la maladie. On a rarement l'occasion de faire des autopsies dans la maladie de Basedow ; il est du devoir de tout médecin de communiquer le fruit de ses observations, toutes les fois qu'il en trouvera l'occasion. Espérons que dans quelque temps nous serons plus éclairés.

ÉTIOLOGIE ET GENÈSE.

La maladie de Basedow est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme. Sur cinquante cas rassemblés par Withuisen, on peut voir que, pour quarante-deux femmes, il y a huit hommes seulement. L'âge exerce aussi une influence: c'est généralement de 15 à 30 ans que la maladie débute, rarement plus tôt. Elle affecte, en général, les personnes faibles, anémiées, mais il y des exceptions. M. Tessier, de Lyon, a publié quatre observations de malades évidemment pléthoriques.

A l'anémie, on peut ajouter comme causes prédisposantes : l'hystérie, la scrofule, la tuberculose. En résumé, les personnes qui sont sujettes à contracter le goître exophthalmique, sont les personnes à tempérament lymphatique ou nerveux; car, même dans les quatre cas cités par M. Teissier, les sujets d'un tempérament sanguin étaient excessivement impressionnables, c'est-à-dire nerveux.

Voilà donc des malades anémiques ou rarement sanguins, mais toujours impressionnables, sujets aux colères, aux joies immodé-

rées; la moindre des choses les excite; leur machine nerveuse, en un mot, est montée au suprême degré; vienne un surcroît d'excitation, elle va se rompre, produire des accidents.

C'est ce qui arrive en effet, et les émotions morales, ou même la douleur physique, doivent être mises au premier rang comme causes déterminantes de la maladie. Begbie (1) cite une observation très-belle à cet égard; et, sans aller si loin chercher un exemple, nous n'avons besoin que de renvoyer à l'observation 3 de cette thèse; on pourra remarquer combien la malade qui en fait le sujet est au plus haut degré un exemple de ce que nous venons de dire. Elle a passé par de rudes épreuves, a beaucoup souffert, et, outre que la maladie a commencé immédiatement après la mort de son mari, chaque fois qu'il lui est arrivé un accident, un paroxysme a éclaté. Nous pourrions encore citer, comme cause déterminante, le traumatisme; on a déjà observé un cas pareil. Cette cause doit agir probablement en troublant violemment tout l'organisme.

Une fois les causes admises, comment se produit la maladie? Nous discuterons dans un paragraphe spécial la nature de la maladie; nous laissons donc ici cette question complétement de côté, mais nous ne pouvons nous empêcher de constater, que tous les phénomènes que l'on observe au début sont les mêmes que si les nerfs vaso-moteurs, cardiaques et cervicaux étaient paralysés. Nous devons donc admettre cette paralysie, et mettre sous sa dépendance la dilatation vasculaire que l'on trouve, du reste, à l'autopsie. « Cette dilatation vasculaire amène et entretient les palpitations. Plus tard, le développement des vaisseaux s'exagère encore en raison de la persistance de la cause, et la glande thyroïde, augmentée de volume, donne lieu à la tuméfaction caractéristique. Une fois étendue à l'extrémité céphalique, la fluxion artérielle devient une cause d'excitation pour le système nerveux central, et particu-

(1) Journ. of medic. science. 1843.

lièrement pour le centre cilio-spinal. De là, la saillie du globe oculaire par excitation du muscle orbitaire de Muller, l'agrandissement de l'ouverture palpébrale par contraction des muscles palpébraux du même auteur, et la dilatation de la pupille par l'excitation des fibres radiées de l'iris. Cette origine des phénomènes oculaires permet de comprendre leur apparition subite dans l'espace de quelques heures, fait qui a été vu par quelques observateurs » (1).

Comme on vient de le voir, nous avons laissé la parole à M. Jaccoud, pour nous expliquer le mode de formation de la maladie. M. Germain Sée professe une opinion différente : « Les palpitations, dit-il, constituent le seul signe inévitable de la maladie de Basedow ; ce sont elles qui ouvrent, continuent et terminent la série morbide. Or, ce phénomène est tout à fait assimilable à l'accélération énorme des pulsations qui résulte de la section des nerfs pneumogastriques. Ce sont des palpitations qu'on peut appeler paralytiques. Sous l'influence de cette paralysie, l'impulsion du cœur, tout en augmentant de fréquence, perd cependant de sa force effective ; de là, une tension des artères thyroïdiennes qui se dilatent ; ces artères, d'après les nouvelles recherches de Liebermeister, sont les véritables régulateurs de la circulation encéphalique ; si, par le fait de leur dilatation elles laissent passer dans l'unité de temps une plus grande quantité de sang, le centre oculo-pupillaire se trouve excité ; la pupille se resserre, la fente palpébrale s'élargit, l'œil devient saillant ; c'est précisément ce que l'on observe dans la maladie de Basedow » (2).

On voit que les deux professeurs ne sont pas près de s'entendre, puisqu'ils partent de deux points de départ différents. M. Jaccoud veut que la maladie débute par la paralysie des vaso-moteurs ; M. Sée, par celle du pneumogastrique. Quant à nous, nous nous

---

(1) Jaccoud. Pathologie interne. 1869.

(2) G. Sée. Leçons de pathologie expérimentale. Du sang et des anémies. 1867.

rangeons à l'opinion de M. Jaccoud, et nous croyons plutôt à la paralysie des vaso-moteurs. Nous tâcherons de justifier notre opinion, quand nous traiterons de la nature de la maladie.

TRAITEMENT.

Si la médecine est l'art de guérir, la partie que nous allons traiter est de beaucoup la plus importante. C'est aussi celle que nous traiterons le plus longuement dans ce travail, si court du reste.

Dans la maladie qui nous occupe, beaucoup de traitements ont été employés ; nous allons tâcher de les passer en revue le plus fidèlement possible, et de nous faire une opinion sur le meilleur.

Nous distinguerons tout d'abord deux espèces de traitements : celui de la maladie proprement dite, et celui des paroxysmes.

1° *Traitement de la maladie proprement dite.* — On peut le diviser lui-même en traitement hygiénique et traitement curatif.

Le traitement hygiénique constitue la base de toute espèce de traitement, mais nulle part plus qu'ici il n'est d'un aussi puissant auxiliaire pour le médecin. Nous avons insisté longuement sur le nervosisme dont sont affectés les malades, nous avons fait remarquer que c'est à lui que sont dus les paroxysmes, et souvent le début de la maladie. Il faudra donc, tout d'abord, recommander au malade d'habiter la campagne, loin du bruit de la ville et de ses plaisirs, dans un air aussi pur que possible ; pas de lectures attrayantes, d'occupations absorbantes : toute cause d'émotion, en un mot, doit être soigneusement évitée. On doit aussi recommander d'habiter autant que possible au rez-de-chaussée, à cause des palpitations qui augmentent lorsque l'on monte des escaliers.

Le traitement curatif a été compris de bien des façons ; voici les principaux agents thérapeutiques que l'on a employés.

La première idée qui vint à l'esprit des observateurs, fut de donner l'iode ; ce médicament réussit si bien dans les cas de goître endé-

mique, qu'on ne doutait pas du succès. On donna l'iodure de potassium à l'intérieur sous forme de potion, la teinture d'iode à l'extérieur sous forme de pommade. Malheureusement, l'expérience ne confirma pas les vues de l'esprit; on remarqua que, presque toujours, il y avait une exacerbation des symptômes; bien mieux, l'iodure de potassium, administré à dose très-faible chez une fille de 26 ans, amena un amaigrissement considérable sans diminuer à peine le goître, et sans action aucune sur l'exophthalmie et le cœur. Devant des faits aussi concluants, il faut donc se garder des préparations iodées, qui font beaucoup de mal sans produire aucun bien.

Quelques médecins, frappés de l'anémie et des phénomènes chlorotiques communs dans cette maladie, ont voulu faire une règle d'administrer les préparations toniques, martiales ou analeptiques. Il est évident *à priori* que cette médication ne pouvait réussir dans certains cas où les malades étaient manifestement pléthoriques; c'est ce qui est arrivé. Elle a même été rarement utile dans tous les cas, si l'on s'en rapporte à Trousseau. Cet auteur, réunissant des observations dans lesquelles le fer aurait été administré, enseignait dans sa clinique que rarement ce tonique avait réussi. Nous croyons, en effet, que l'interprétation des bruits morbides du cœur et du cou serait mauvaise, si on la traduisait par ces deux mots : anémie, chlorose. Il y a là aussi un élément nerveux dont il faut tenir un grand compte, et sur lequel le fer n'a aucune espèce d'influence. Mais il y a des cas où les sujets sont réellement chlorotiques, c'est-à-dire où leur sang est moins riche en globules: c'est là l'anémie vraie; et nous sommes convaincu que, dans ce cas, le fer produira toujours de bons effets; il ne faudra pas l'employer seul, car, comme nous venons de le dire, il n'aura pas d'influence sur l'élément nerveux; on pourra l'associer à un autre médicament, la digitale ou la vératrine, qui agiront, eux, sur le cœur en diminuant le nombre de ses battements.

Le sulfate de quinine a aussi été employé, mais sans succès bien marqué, quoique l'on puisse trouver un ou deux exemples de guérison. L'on peut voir, dans l'observation 3, qu'il n'a aucune influence dans ce cas sur la marche de la maladie.

L'hydrothérapie est un puissant auxiliaire pour le médecin ; elle ne guérit pas, croyons-nous; elle amende tous les symptômes et tonifie tout l'organisme. Dans plusieurs cas, elle a évidemment fait diminuer l'exophthalmie et le goître, rétabli l'écoulement menstruel supprimé depuis longtemps, Trousseau cite le fait d'une dame chez laquelle il employa l'hydrothérapie, qui fit diminuer tous les symptômes, rétablit les règles, permit à la femme de vaquer à ses occupations et de chanter deux ou trois heures par jour sans inconvénient. Il y eut une rechute, et la même médication amena de nouveau la santé relative.

Il faut croire que l'hydrothérapie agit ici comme dans les affections congestives; M. Fleury a en effet démontré, par de nombreuses observations, qu'elle fait disparaître les engorgements du foie et d'autres viscères; est-ce qu'elle n'agirait pas ici en diminuant la congestion oculaire et goîtreuse! Quoi qu'il en soit, c'est un moyen puissant qu'il ne faut pas négliger, et qui peut être d'un grand secours.

Nous arrivons maintenant à deux médicaments qui ont entre eux une grande analogie, qui n'ont été employés que dans ces derniers temps, et qui ont une action commune : diminuer le nombre des battements tumultueux du cœur. On est étonné qu'on n'ait pas employé tout d'abord ce genre de médicaments. Il suffit d'avoir examiné attentivement deux ou trois malades, pour s'apercevoir que le fait capital de cette maladie consiste dans les palpitations, dans les troubles circulatoires. Ces troubles existent toujours ; Trousseau va même plus loin, il dit que la maladie peut être constituée par leur seule existence ; M. Teissier (de Lyon) est de son avis. Ne pourrait-on pas, en enrayant la vitesse des mouvements du cœur, arrêter

et même faire rétrograder la marche de la maladie? On a administré, dans ce but, la digitale et la vératrine.

Ces deux médicaments, comme nous l'avons dit tout à l'heure, ont entre eux beaucoup d'analogie. Nous allons d'abord étudier l'action de la vératrine, puis nous la comparerons à celle de la digitale.

Pour étudier cette action thérapeutique, nous avons eu recours à la thèse de notre excellent ami, le Dr Linon (1).

La vératrine ralentit le pouls d'une façon très-notable, et peut le faire tomber jusqu'à 40 pulsations et au-dessous, sans que le malade en souffre. A ce moment, le tracé sphygmographique prouve que la tension artérielle a augmenté. Il semble donc naturel de conclure qu'elle agit sur la moelle allongée d'où partent les vaso-moteurs, qui, paralysés, sont excités et contractés sous l'influence du médicament; celui-ci régularise donc les mouvements du cœur en les ralentissant.

La vératrine agit aussi d'une manière efficace en diminuant la calorification. Nous avons déjà constaté cette chaleur insupportable qu'accusent parfois les malades, chaleur sentie par eux beaucoup plus forte qu'elle n'est en réalité, puisqu'elle ne se traduit au thermomètre que par une élévation de 1 degré à 1 degré 1/2; après l'administration de la vératrine, elle tombe de 1 degré quelquefois, et même plus.

C'est en agissant sur le grand sympathique que la vératrine abaisse la température. Nous savons, en effet, que la stase dans les parenchymes, et la rapidité de la circulation générale sont des causes de calorification, par suite de phénomènes d'échange plus considérables et de combustions plus énergiques. N'oublions pas que la section du grand sympathique, sur un animal, amène une élévation de

---

(1) Thèse de Strasbourg. 1868.

température, et que la fièvre pathologique est produite par la paralysie de ce même système.

La vératrine, en excitant les vaso-moteurs, fera donc tomber la température.

La température et le pouls sont le plus souvent influencés dans un rapport constant, mais le pouls baisse ordinairement avant la température, et quelquefois il baisse seul.

On voit par le tableau que nous venons de faire combien l'action de ce médicament est utile dans le traitement de la maladie de Basedow ; l'expérience a confirmé son bon effet. A côté de ces avantages se trouve un inconvénient ; il y a presque toujours des vomissements après l'ingestion de la vératrine, mais ils cessent bientôt et n'offrent rien de dangereux.

Voici, en quelques mots, la différence entre l'action de la digitale et celle de la vératrine.

Avec la vératrine, on peut continuer l'administration malgré le vomissement, dans le cas où l'action antipyrétique n'a pas encore eu lieu ; avec la digitale on doit s'arrêter aussitôt, si elle n'est pas supportée.

La vératrine n'agit le plus souvent qu'après les vomissements ; ils arrivent avec la digitale quand son action s'est déjà fait sentir.

L'abaissement du pouls précède toujours celui de la température ; la digitale abaisse plus la température que le pouls.

L'action de la vératrine se fait sentir deux ou trois heures après son administration ; celle de la digitale n'arrive qu'au bout de vingt à trente-six heures.

La première se maintient de dix à quinze heures, sauf quand elle est définitive ; celle de la digitale dure beaucoup plus longtemps et persiste le plus souvent.

Les doses de la digitale sont cumulatives ; on peut donner le lendemain la même dose de vératrine que la veille.

D'après ce résumé succinct, que nous avons pris en entier dans

la thèse déjà citée de notre ami, le docteur Linon, on voit que, suivant les cas, les deux agents trouveront leur indication. Si on veut frapper un coup rapide, la vératrine ; si l'on veut agir d'une façon plus lente mais aussi plus durable, la digitale.

La digitale est employée depuis beaucoup plus longtemps que la vératrine ; c'est avec elle que l'on a pu apprécier le mieux les bons effets de cette médication. On administre généralement la poudre de feuilles, à la dose de 5 centigrammes, en une pilule tous les jours, en ayant soin bien entendu, de s'arrêter dès que l'on s'aperçoit d'un danger d'intoxication, quitte à recommencer après. Trousseau donnait le conseil de l'administrer jusqu'à ce que le cœur ne batte plus que 50 à 60 fois par minute, et de s'arrêter alors. Il voulait aussi qu'on l'administrât jusqu'à dose toxique, lorsque la vie est en danger; et il rappelait le fait d'un jeune homme qui, sur son ordonnance, avait pris 109 gouttes de teinture dans l'espace de dix heures, sans aucune espèce d'accident. Il est probable, d'après cette observation, que l'accumulation d'action se produit moins facilement quand les doses sont rapprochées que quand elles sont éloignées. La digitale est donc un excellent médicament, que l'on devra préférer à la vératrine tant qu'il n'y aura pas d'accès.

La vératrine est un remède tout nouveau, et nous ne connaissons que M. G. Sée qui l'ait employée dans la maladie qui nous occupe. Ce professeur la préfère même à la digitale pour toutes les périodes de la maladie. On la donne à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour en pilules de 1 milligramme ; deux suffisent généralement, mais il faut les administrer en une seule fois. Il en est de ce médicament comme du sulfate de quinine, plus on divise les doses moins on doit compter sur l'effet.

Dans deux des observations de cette thèse, la vératrine a été employée avec assez de succès ; les symptômes se sont amendés, et les malades ont pu vaquer à de petites occupations. Nous ne saurions donc trop en recommander l'usage ; mais qu'on se garde bien de

porter la dose trop haut, on obtiendrait un résultat inverse de celui qu'on désire. Les doses toxiques finissent par produire la paralysie, après l'excitation première des vaso-moteurs.

Nous ne dirons rien ici de la saignée que nous trouvons très-mauvaise, nous verrons ce que nous devons en penser dans le traitement des paroxysmes.

Traitement de l'accès. — Ce traitement exige une intervention beaucoup plus énergique que dans la maladie proprement dite. En effet, lorsque le malade est soudainement pris d'un accès de suffocation, que cet état persiste quelquefois depuis deux et même huit jours, que, par conséquent, l'asphyxie est imminente, il faut intervenir énergiquement.

Trousseau rappelle le fait d'un jeune homme de 15 ans, atteint de la maladie de Basedow, et traité par la médication iodée, qui fut pris d'accès de suffocation très-rapprochés l'un de l'autre et de plus en plus violents. On se préparait à faire la trachéotomie, mais avant on voulut essayer d'autres moyens. On ouvrit la veine du bras, on appliqua de la glace sur le corps thyroïde, et on administra de la digitale d'heure en heure. Sous l'influence de cette triple action, l'accès diminua ; l'oppression fut encore grande pendant deux jours, mais les accidents asphyxiques furent conjurés.

Il ne faudra donc pas hésiter, dans un paroxysme, à employer les mêmes moyens que le professeur Trousseau. Saignée pour désemplir le système veineux général ; application de glace sur la fluxion thyroïdienne pour la faire diminuer ; digitale ou mieux vératrine, pour calmer l'agitation extrême du cœur. On pourra également bien se trouver, de sinapismes sur les extrémités inférieures, de ventouses Junod, de tout ce qui, en un mot, peut combattre la congestion de la partie supérieure du corps.

Si, malgré cette médication énergique, l'état est aussi désespéré, s'il n'y a pas d'amélioration sensible, il faut, sans hésiter, avoir recours à la trachéotomie.

Cette opération, entreprise dans de pareilles circonstances, a bien peu de chances de succès, mais encore faut-il la tenter, puisque c'est le seul espoir de sauver le malade. La vascularité du corps thyroïde est énorme, une hémorrhagie mortelle est à craindre (Trousseau en cite un exemple), aussi vaut-il mieux, suivant le conseil de M. Demarquay, se servir de l'écraseur linéaire plutôt que du bistouri. De cette manière, on a moins à craindre une perte de sang nuisible.

Il y a deux procédés opératoires : celui de M. Demarquay, celui de M. Chassaignac.

M. Demarquay veut qu'on mette à nu le corps thyroïde avec le bistouri, en ayant soin de porter une double ligature sur les vaisseaux divisés ; puis, qu'on passe la chaîne de l'écraseur au-dessous du pont thyroïdien, entre celui-ci et la trachée ; une fois cette section faite sans hémorrhagie, on n'a plus qu'à ouvrir la trachée.

M. Chassaignac met de côté le bistouri, fait un pli à la peau, et passant la chaîne sous l'isthme thyroïdien, comme dans le précédent procédé, il sectionne la peau et la glande du même coup, puis il ouvre la trachée.

On voit que ces procédés diffèrent peu, et ont tous deux pour but d'éviter l'hémorrhagie. Il n'y a pas encore, à notre connaissance du moins, d'opération qui ait été faite par un de ces procédés et dans ces conditions ; c'est à l'avenir à nous dire leur valeur.

Nous allons résumer le traitement, et mettre en présence les indications.

Séjour à la campagne, exercice modéré, repos d'esprit, éviter les émotions, afin de ne pas exagérer les symptômes nerveux et d'éviter les paroxysmes.

Hydrothérapie : pour faire diminuer la congestion oculaire et ramener les règles supprimées.

Digitale ou vératrine : pour diminuer la fréquence des battements du cœur.

Saignée du bras, ventouses Junod, glace sur le corps thyroïde,

digitale ou mieux vératrine, dans le cas où un paroxysme menacerait la vie du malade; et si ces moyens ne suffisent pas, trachéotomie, par les procédés que nous venons d'indiquer, en ne négligeant aucun des préparatifs pour prévenir une hémorrhagie mortelle.

OBSERVATION I.

La nommée Maria Fl....., couturière, âgée de 23 ans, demeurant à Paris, 23, rue du Pont-Louis-Philippe, entre à l'hôpital de la Charité le 11 janvier 1872, salle Sainte-Anne, lit n° 2, dans le service de M. Germain Sée.

Cette femme a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans, et depuis elle a toujours été jusqu'à ce jour d'une parfaite santé. Elle n'a pas eu d'enfant, n'a pas fait de fausse couche, n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. Elle a été réglée à l'âge de 13 ans, et ces règles sont toujours venues régulièrement. Depuis le moment de sa formation, il lui est survenu une exophthalmie double qui a toujours été en augmentant. Interrogée au point de vue des palpitations, elle répond ne jamais s'être aperçue qu'elle en avait.

Etat actuel. Pouls 96, température 37°,2. Les yeux offrent une saillie assez considérable, mais ne sont le siége d'aucun battement incommode pour la malade, d'aucune espèce de douleur. Malgré l'exophthalmie, les paupières recouvrent encore le globe oculaire; la cornée est intacte, la conjonctive n'est pas le siége de congestion, il n'existe pas de troubles de la vision.

Le goître manque chez cette malade.

Il n'y a pas de battements artériels; mais, depuis environ trois ans, lorsque la malade monte précipitamment les escaliers, ou fait une course un peu longue, elle est prise d'essoufflements et de palpitations. Le cœur mesure verticalement 12 centimètres, et 10 transversalement. L'auscultation de cet organe fait entendre un double souffle systolique, l'un ayant son maximum d'intensité à la base,

l'autre à la pointe. Dans les vaisseaux du cou, frémissement continu à la main ; à l'auscultation, bruit de souffle artériel intermittent, et dans les jugulaires, véritable bruit de diable.

Rien de particulier dans la poitrine.

L'appétit est conservé, la langue bonne, les garde-robes régulières.

La malade n'entre pas à l'hôpital pour la maladie de Basedow; elle n'a jamais eu de paroxysmes et ne se doute pas de la gravité de la maladie; j'ai toujours eu les yeux gros, dit-elle, je n'y fais pas attention. Depuis environ un mois, elle éprouve de vives douleurs abdominales, surtout dans le côté gauche de la région hypogastrique. C'est pour cela qu'elle entre à l'hôpital.

Dans le côté gauche de l'hypogastre, on trouve de la matité dans une étendue de 3 à 4 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, jusqu'à la ligne médiane en dedans, et l'os iliaque en dehors. Au toucher, on sent une tumeur qui remonte très-haut du côté gauche de l'abdomen. Si, tout en pratiquant le toucher, on presse de l'autre main sur l'hypogastre, on a d'une manière manifeste la sensation d'une tumeur mobile peu douloureuse.

L'utérus est mobile, indolent ; le col est petit, son orifice est arrondi et étroit, on ne sent absolument rien dans le cul-de-sac droit.

Contre l'habitude les dernières règles ont été douloureuses. La malade n'a jamais eu d'attaques convulsives, quoiqu'elle soit d'un tempérament nerveux. Elle a un embonpoint notable, des masses musculaires considérables.

Traitement. Le même tout le temps ; repos au lit, cataplasmes sur le ventre, deux bains simples par semaine ; deux pilules de vératrine par jour de 1 milligramme chaque.

Le 5 février, la malade quitte l'hôpital, guérie de sa pelvipéritonite. Le tracé sphygmographique prouve que la tension artérielle a augmenté, l'ascension est beaucoup moins brusque. Le pouls ne bat plus que 80 fois par minute. La température marque 36°,5. Les

douleurs abdominales ont disparu, mais les mêmes bruits de souffle s'entendent toujours à la région précordiale.

OBSERVATION II.

La nommée Muselier (Marie), domestique, âgée de 23 ans, demeurant à Paris, rue de Lachapelle, entre à l'hôpital de la Charité, le 8 février 1872, salle Sainte-Anne, n° 2, dans le service de M. Germain Sée.

Cette femme est réglée depuis l'âge de 16 ans, mais toujours d'une manière fort irrégulière; le flux menstruel ne venait que tous les quatre ou cinq mois, et avait une durée moyenne d'un jour. Il a cessé complétement depuis six mois. En dehors des époques menstruelles, elle ne perd pas en blanc. Elle habite Paris depuis l'âge de 5 ans, et a toujours joui d'une excellente santé.

Sa mère est morte il y a 5 ans, à l'âge de 56 ans, d'un carcinome stomacal; son père, qui s'est toujours bien porté, a été tué pendant la dernière guerre, ses deux frères sont d'une santé florissante. Elle s'est toujours trouvée dans des conditions hygiéniques à peu près satisfaisantes, sauf à la mort de sa mère, où elle éprouva quelques difficultés pour vivre.

Elle n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche, jamais de rhumatisme articulaire.

Elle raconte qu'il y a deux ans et demi, sans cause déterminée, elle fut prise brusquement par des battements de cœur, qui redoublent de fréquence et de force à chaque émotion morale; à partir de ce moment, les yeux et le cou commencèrent à gonfler, et augmentent encore en ce moment. Elle a eu de nombreux accès de suffocation; le premier il y a huit mois, le second il y a six mois, et depuis un tous les huit jours; elle a eu plusieurs attaques de morbus sacer.

Etat actuel. — Le cœur mesure, d'après M. Choyau, chef de clinique,

11 centimètres verticalement, et 10 1/2 transversalement. Les battements sont précipités. On entend un bruit de souffle, avec maximum d'intensité à la pointe et au premier temps. Le pouls est petit, dépressible, régulier, 116 pulsations par minute. La température est de 37°,1. Cyanose des extrémités, pas d'œdème.

La tumeur du cou occupe les deux côtés du corps thyroïde, avec un peu de prédominance du côté droit; elle est incolore, indolore à la pression, mais est soulevée en masse par les pulsations carotidiennes. Les carotides sont le siége d'un souffle intermittent, et d'un frémissement parfaitement sensible sous le doigt.

La percussion et l'auscultation de la poitrine ne fournissent que des signes négatifs.

Les yeux sont hors des orbites; la cornée est intacte; les pupilles sont égales, mais dilatées. Pas de battements oculaires ni de douleur.

La langue est humide, nette et bonne; l'appétit est conservé, les digestions sont faciles, les garde-robes régulières. On peut constater un amaigrissement très-notable, une soif vive, un tremblement des membres supérieurs très-manifeste datant de un an. La malade ne peut serrer la main qu'on lui donne que d'une façon très-imparfaite; la sensibilité est conservée intacte des deux côtés du corps; le sommeil est calme mais tourmenté par des rêves.

Ce qui frappe surtout chez cette malade, c'est son état nerveux, son impressionnabilité; elle pleure et rit sans motifs; elle n'a que 23 ans, on lui en donnerait 40. Elle semble terrifiée, et avoue qu'elle redoute un nouvel accès. On veut prendre son pouls au sphygmographe, elle se met à pleurer, elle a peur; puis elle rit; elle déclare enfin ne pas vouloir rester plus longtemps, et c'est à grand'peine qu'on peut la faire attendre quelques heures. Il est malheureux que nous n'ayons pas pu suivre plus longtemps cette malade.

OBSERVATION III.

La nommée Lanson (Antonine), veuve Decas, âgée de 34 ans, journalière, demeurant à Paris, rue Navarin, 18, est admise le 14 juin 1872 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, lit n° 9, dans le service du docteur Millard.

Cette femme n'a jamais eu de maladie sérieuse, indépendamment de celle qui l'amène à l'hôpital. Ses parents jouissent d'une excellente santé. Elle a été réglée de bonne heure, à 12 ans; s'est mariée à 18, et a eu depuis cinq enfants, le premier à 19 ans, le dernier à 27. Pendant tout ce temps, grossesses, règles, tout s'est passé normalement.

Elle a toujours été nerveuse, impressionnable, au plus haut degré, mais n'a jamais présenté de symptômes hystériques proprement dits; elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales, musculaires ou articulaires, pas plus que de maladie vénérienne.

Elle ne se plaint que d'une seule chose : de palpitations cardiaques qui ont débuté après la première grossesse, et qui sont si fortes à un moment donné, qu'elle va consulter un médecin.

Sur ces entrefaites, en 1864, elle perd son mari, et on lui fait apercevoir que ses yeux sont plus gros que d'habitude, elle s'aperçoit en même temps que son cou grossit. Elle ne s'en occupe pas, croyant que cela disparaîtra comme c'est venu, mais l'affection continue à se développer.

Deux ans après, elle perd un de ses enfants, et reste pendant huit jours dans un état impossible à décrire. « Je ne respirais pas, dit-elle, et ne pouvais respirer; il fallait que j'eusse la tête haute, il me semblait que je respirais mieux dans cette position, et ce n'est qu'au bout de la semaine que cet état a cessé. » Malgré cela, elle ne consulte personne, et ce n'est qu'un an plus tard, un nouvel accès se déclarant, qu'elle se décide enfin à consulter un docteur.

Celui-ci lui donne une potion d'alcoolature d'aconit et de digitale, et n'obtient aucun résultat.

Depuis, des paroxysmes, durant de deux à huit jours, sont venus tous les deux mois, et la malade entre enfin à l'hôpital.

Etat actuel. — La malade n'est pas dans un de ses moments d'accès; le regard est fixe et terne; la face est pâle et porte l'empreinte de longues souffrances. Les yeux sortent de l'orbite, mais les paupières, en se fermant, peuvent encore les recouvrir; les pupilles sont un peu dilatées, également de chaque côté; la vue, qui avait toujours été bonne, est altérée depuis un mois. La malade dit voir des points noirs, et apercevoir les objets à travers un brouillard. On l'examine à l'ophthalmoscope, le fond de l'œil paraît très-sain; la conjonctive n'est pas congestionnée.

Le goître n'occupe que le lobe droit du corps thyroïde, et forme une tumeur du volume du poing d'un adulte; tumeur assez molle, semi-fluctuante, incolore, sans chaleur aucune de la peau, et irrégulièrement développée. En regardant, on la voit manifestement soulevée tout entière; de plus, si on met la main dessus, on a une sensation de frémissement.

Les artères carotides sont le siége de forts battements; l'auscultation du cou fait entendre un bruit de souffle intermittent et le véritable bruit de diable.

Rien d'anormal dans la poitrine.

Le cœur ne paraît pas augmenté de volume, quoique sa pointe vienne battre à 1 centimètre en dehors et en bas du mamelon. Les battements sont tumultueux, et en auscultant, on entend un léger bruit de souffle au premier temps et à la base.

Les artères radiales se laissent déprimer; le pouls est petit, faible, très-fréquent; 120 à 130 pulsations.

La langue est humide et normale, la déglutition se fait bien, l'appétit est exagéré, les selles normales.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'écoulement menstruel est supprimé depuis environ sept mois, et remplacé par une leucorrhée abondante.

La malade éprouve, quand elle est couchée, une sensation de chaleur si incommode, qu'elle ne peut supporter les couvertures. Le thermomètre, appliqué dans l'aisselle, marque 37 degrés deux dixièmes.

Traitement. — Quatre portions, bordeaux, quinquina, 30 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 16 juin. Même état, la malade a à peine dormi la nuit; 50 centigrammes de sulfate de quinine,

17 juin. Nuit un peu plus calme. 75 centigr. de sulfate de quinine. On maintient cette dose deux jours sans résultats; et le 25, la malade qui, comme nous l'avons dit, est d'un grand appétit et d'une impressionnabilité rare, demande à sortir; parce qu'elle n'a pas assez à manger, dit-elle, et que tout la révolte à l'hôpital.

Nous l'avons vue chez elle, le 28 juin, et lorsque nous lui avons proposé de continuer le sulfate de quinine, elle n'a pas voulu en entendre parler.

Nous lui avons alors donné de la vératrine sous la forme pilulaire, 2 milligrammes par jour, d'un seul coup le matin, ainsi qu'une douche tous les trois jours, et un bain simple.

Nous l'avons encore vue, avant-hier, 10 février, et nous avons trouvé une amélioration notable.

Le pouls ne bat plus que 88 fois par minute; la température n'est plus insupportable; il y a moins d'essoufflement en montant les escaliers.

Nous nous proposons de ne pas perdre de vue cette malade; et nous sommes convaincu qu'en persévérant dans notre traitement son état s'améliorera encore.

NATURE DE LA MALADIE.

On a beaucoup discuté sur la nature de la maladie de Basedow. M. Bouillaud la considère comme une anémie ; Trousseau comme une névrose ; M. Germain Sée comme une paralysie des nerfs pneumogastriques ; M. Jaccoud comme une paralysie du grand sympathique.

Nous ne pouvons admettre, avec M. Bouillaud, que la maladie de Basedow est produite par une anémie, le sang n'est pas toujours altéré, et le serait-il constamment, l'anémie n'expliquerait en aucune façon le goître et la saillie des yeux. M. Fischer a aussi défendu cette théorie ; mais pour nous, l'état chlorotique est un accident, une complication, qui ne survient même fréquemment, qu'à une période plus ou moins avancée.

Pour M. G. Sée, le goître exophthalmique a pour cause une paralysie des pneumogastriques. Il se base sur ce que les palpitations sont le signe indispensable de la maladie. On sait en effet que le pneumogastrique est le frein du cœur; que lorsqu'on le coupe, le cœur s'emporte, et M. G. Sée conclut de là que les palpitations sont occasionnées par la paralysie de ce nerf. Nous avons vu, à l'article Genèse, comment une fois ces palpitations et leur cause admises, le professeur de la Charité explique la formation de la maladie. Malheureusement les palpitations ne marquent pas toujours le début de la maladie.

La majorité des auteurs considère cette maladie comme une névrose ; c'est l'opinion soutenue par Graves, Stokes, Aran, Trousseau, par M. Charcot et Huart. Si l'on considère, en effet, la forme paroxystique des accidents, la marche irrégulière de la maladie toujours apyrétique, et les résultats de l'anatomie pathologique, on est conduit à admettre cette opinion. On doit aussi localiser la névrose dans le grand sympathique pour expliquer les congestions ; car on sait que le nerf trisplanchnique envoie des rameaux aux organes spécialement affectés, c'est-à-dire au cœur, aux vaisseaux du cou, au corps thyroïde

et au globe oculaire ; et on sait de plus, depuis les belles expériences de M. Claude Bernard, que la lésion du trisplanchnique au cou a pour effet de produire une vive congestion et une augmentation de température du même côté de la face.

Tous ceux, du reste, qui admettent une névrose, sont d'accord pour la localiser dans le grand sympathique. Mais y a-t-il plus qu'une névrose? Nous croyons, avec M. Jaccoud, qu'il y a une véritable paralysie. Que l'on se rappelle l'autopsie faite dans le service de Trousseau ; on trouva une altération du grand sympathique. Si l'on n'a rien trouvé depuis, il ne faut pas se hâter d'en conclure qu'il n'y avait rien dans les autopsies. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il n'y avait pas d'altération appréciable par les moyens actuels d'investigation.

De nouvelles recherches sont donc nécessaires ; et en attendant leur résultat, il est sage de dire que la maladie de Basedow est une névrose.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Muscles et aponévroses du cou.

Physiologie. — De la sécrétion rénale ; composition de l'urine.

Physique. — Effets physiques et chimiques des courants électriques. Applications diverses.

Chimie. — Des combinaisons de l'hydrogène avec le phosphore, l'arsenic et l'antimoine. Propriétés et préparations de ces composés.

Histoire naturelle. — Des feuilles ; leur structure, leur position, leur forme. Termes employés pour indiquer leurs plus ou moins grandes divisions. Qu'entend-on par feuille simple, composée et décomposée? Des phyllodes, des stipules, des bractées, de la phyllotaxie.

Pathologie externe. — Des fistules et des tumeurs lacrymales.

Pathologie interne. — De l'embolie pulmonaire.

Pathologie générale. — De la congestion.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations pulmonaires.

Médecine opératoire. — Du massage des membres; de sa valeur et de la manière de le pratiquer.

Pharmacologie.— Comment prépare-t-on et purifie-t-on les huiles essentielles ? Comment peut-on reconnaître si elles sont falsifiées ?

Thérapeutique. — Des antipériodiques.

Hygiène. — De la sophistication du vin.

Médecine légale. — Empoisonnement par les champignons vénéneux; symptômes; altérations pathologiques; traitement.

Accouchements. — De l'accouchement par la face.

Vu, bon à imprimer,

AXENFELD, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.